

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre RENARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 9 octobre 1904, à Meaux (Seine-et-Marne).

**Le Traitement médical des Localisations
ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre
par les composés sulfamidés en particulier**

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre RENARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 9 octobre 1904, à Meaux (Seine-et-Marne).

**Le Traitement médical des Localisations
ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre
par les composés sulfamidés en particulier**

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	AUBERTIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LÉVY-VALENSI.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Henri BENARD.
	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEREBOULLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies du système nerveux ...	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies infectieuses	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique d'accouchements	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER . Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
 ALAJOUANINE. }
 BRULÉ. }
 CATHALA. }
 CHABROL. }
 CHEVALLIER. }
 DONZELOT. }
 DUVOIR. } Clinique médicale.
 GASTINEL. }
 HUGUENIN. }
 LAROCHE (G.). }
 LIAN. }
 MOREAU. }
 PIÉDELIEVRE. }
 SÉZARY. }

MM.
 BASSET. }
 BROcq. }
 CADENAT. }
 GATELLIER. }
 de GAUDART } Clinique chirurgicale.
 d'ALLAINES. }
 LEVEUF. }
 MOULONGUET. }
 MOURE. }
 QUENU. }

MM.
 ECALLE. }
 METZGER. }
 PORTES. } Clinique obstétricale.
 VIGNES. }

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique des maladies infectieuses.

Nos hommages respectueux et reconnaissants pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAMBLING

Médecin des Hôpitaux de Paris.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.
Nos sentiments de gratitude.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BERTAUX ET HARTGLAS

A MONSIEUR HEWITT

Interne des Hôpitaux de Paris.

*Nos remerciements pour son amicale
collaboration.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. SORREL

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT

MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN

INTRODUCTION

Si les localisations inguinales de la maladie de Nicolas-Favre sont favorablement influencées par la thérapeutique, par contre, les manifestations rectales de cette affection se montrent habituellement très résistantes.

Les multiples traitements mis en œuvre jusqu'à ce jour aboutissaient parfois à une stabilisation des lésions, ou à une amélioration, mais les cas de guérison restaient exceptionnels. Le pronostic des localisations rectales de la maladie de Nicolas-Favre se montrait donc assez sombre, puisque l'aggravation en était l'évolution normale, en dépit de toutes les thérapeutiques.

Il y eut toutefois un progrès de réalisé lorsque la solution iodo-iodurée de Lugol et l'antimoine, sous diverses formes, furent utilisés. Mais ces médicaments, qui agissent sur les adénopathies, n'ont qu'une efficacité réduite sur les localisations ano-rectales. S'ils agissent plus ou moins activement sur les symptômes et rendent plus supportables les troubles fonctionnels, ils ne peuvent cependant arrêter nettement l'évolution des lésions hyperplasiantes et, encore moins, celles des sténoses.

Devant le peu d'efficacité des médicaments jus-

qu'alors utilisés, il était normal d'essayer les corps nouvellement introduits en chimiothérapie : les sulfamides.

Les sulfamides, qui semblent jouir d'une action plus nette sur les rectites lymphogranulomateuses que les autres médicaments, sont encore loin d'apporter une entière satisfaction. Malgré le peu de recul dont nous disposons pour en apprécier exactement les résultats, il est possible, néanmoins, d'admettre leur supériorité, en raison des améliorations fonctionnelles et objectives obtenues.

Après avoir passé en revue les différents modes de traitement des manifestations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre, nous essaierons de montrer, par l'apport d'observations, la valeur thérapeutique des sulfamides que nous comparerons à celle des autres médicaments.

Ensuite, sans nous étendre sur les incidents d'ordre général dus à ce traitement, nous n'insisterons que sur les modifications hématologiques survenues chez les malades observés; nous verrons les déductions qu'il faut en tirer pour la conduite du traitement.

LES THERAPEUTIQUES MEDICALES DE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE AVANT L'UTILISATION DES SULFAMIDES

Avant que soit connue la véritable nature des manifestations rectales de la maladie de Nicolas-Favre, des traitements divers furent essayés.

Les antiseptiques, en application locale, constituèrent d'abord toute la thérapeutique. Ces lavements antiseptiques sont d'ailleurs encore utilisés et doivent faire partie des préceptes d'hygiène des malades atteints de rectite, sténosante ou non.

Les produits employés : collargol, solution de Ziehl, bleu de méthylène, gonacrine, mercurochrome, composés quinoléiques, etc., doivent être administrés à une concentration assez faible, pour ne pas entraîner d'irritation, et il faut en alterner l'usage.

« Ce traitement ne peut prétendre qu'à limiter l'infection secondaire, car il nous paraît impossible que la désinfection locale puisse agir sur le processus lymphogranulomateux lui-même. Il suffit de mesurer sur une pièce opératoire la diffusion en profondeur de l'infection dans les parois rectales lardacées, épaisses de plusieurs centimètres, pour se rendre compte combien est illusoire cette désinfection su-

perficielle, même lorsqu'on la réalise par attouchement direct minutieux dans le moindre interstice... »

Des essais de traitements spécifiques furent tentés. Suivant les tendances, on prescrivit les médications anti-syphilitiques, anti-gonococciques, anti-chancrelleuses. Ces divers traitements se révélèrent à peu près inefficaces.

Si, assez fréquemment, chez le même sujet, la lymphogranulomatose coexiste avec d'autres affections vénériennes, si ces autres affections peuvent jouer un certain rôle dans les manifestations rectales, la maladie de Nicolas-Favre n'en reste pas moins la cause essentielle.

Dès que la réaction de Frei fut appliquée à la clinique humaine, la fréquence des rectites lymphogranulomateuses fut mise en évidence.

Les médicaments ayant prouvé leur activité sur les localisations inguinales de la maladie furent employés : l'antimoine, l'iode, le salicylate de soude, l'antigène lymphogranulomateux, ainsi que l'urotropine, les sels d'or, l'émétine.

Le progrès thérapeutique apparut assez net, et la solution iodo-iodurée de Lugol devint, avec l'antimoine, le médicament essentiel des ano-rectites lymphogranulomateuses.

Utilisée en traitement général, la solution de Lugol fut également introduite en lavements, alternés avec les lavements antiseptiques antérieurement préconisés.

Au Congrès Français de Chirurgie de 1934, RAVAUT disait :

« De tous ceux (les médicaments) dont nous avons étudié les effets, c'est à l'iode que nous donnons la préférence, d'accord sur ce point avec BENSAUDE et LAMBLING, dont l'expérience ne saurait être contestée... »

L'iode, sous forme de solution de Lugol, semble certainement avoir amélioré le pronostic des rectites de la maladie de Nicolas-Favre. Cependant, les résultats furent loin de valoir ceux obtenus sur les formes inguinales.

Des cures per os, par voie endoveineuse et en lavements sont prescrites de façon alternative.

Par voie veineuse, la solution de Lugol utilisée est à 1 %, combinée extemporanément dans la seringue, suivant la méthode de Ravaut, à une solution d'hypo-sulfite de soude à 20 % ; cette association semble agir plus favorablement que le Lugol pur.

Deux à quatre séries de 20 injections (250 à 300 cc. par série) sont parfaitement tolérées au cours d'une année et n'entraînent pas de sclérose veineuse.

Il faut signaler une seule contre-indication : l'existence d'un foyer de tuberculose pulmonaire incomplètement éteint.

Dans les comptes rendus du 43^e Congrès de Chirurgie de 1934, BENSAUDE et LAMBLING donnent la statistique suivante :

« Sur 55 malades ainsi traités (39 rétrécissements et 16 rectites), il y a 17 améliorations fonctionnelles,

11 améliorations générales, 2 améliorations objectives considérables et 2 guérisons de rectites granuleuses et ulcéreuses ».

Mais le traitement n'a qu'une action lente et il n'est pas rare de voir survenir, au cours de son application, des complications telles que : abcès péri-rectaux et adénites inguinales suppurées.

L'antimoine, sous forme de composés : antimonio-thiomalate de lithium et émétique de potasse, a également donné des résultats intéressants.

L'antimonio-thiomalate de lithium est utilisé en injections intra-musculaires à doses progressives, sans dépasser 0 gr. 12 par injection; les séries sont de 15 injections. Ce médicament, administré par BENSAUDE et LAMBLING à 19 malades (14 rétrécissements et 5 rectites), a donné 8 améliorations fonctionnelles nettes et 1 amélioration objective.

L'émétique de potasse s'est montré plus efficace dans les suppurations péri-rectales. Sa solution à 1 % est injectée par voie veineuse à doses croissantes : début par 0 gr. 02, augmentation de 2 cgr. à chaque injection, doses maxima de 0 gr. 10 à répéter jusqu'à un total de 15 injections.

Le salicylate de soude, introduit par voie endo-veineuse, à raison de 15 injections tri-hebdomadaires de 2 gr. chacune, a semblé moins actif et moins bien toléré.

Dans 14 cas (6 rétrécissements et 8 rectites), il y a eu 4 améliorations fonctionnelles et 2 améliorations objectives des lésions.

L'antigène de Frei, en injections intra-veineuses, ne semble pas avoir à son actif d'effet très appréciable.

La radiothérapie a fréquemment donné lieu à des accidents : apparition de suppuration extensive de la marge anale, surtout après irradiation périnéale. La porte d'entrée sacrée et la voie abdominale semblent ne pas exposer à de pareils inconvénients. Même ainsi appliqués, il ne faut user des rayons X qu'avec une extrême prudence.

Tous ces traitements passés en revue ne peuvent avoir d'action que sur les phénomènes de rectite et n'améliorent pas sensiblement le pronostic des sténoses constituées, si ce n'est en réduisant le processus inflammatoire.

Contre le rétrécissement, en dehors du traitement chirurgical que nous n'envisagerons pas ici, la dilatation diathermique doit être conseillée.

C'est elle qui peut parfois retarder l'échéance d'un rétrécissement très serré. Elle peut, d'autre part, prévenir la sténose dans les rectites hypertrophiques. En raison des phénomènes congestifs qu'elle détermine, elle favorise peut être aussi l'action des médicaments.

Méthode pratiquement dépourvue de dangers, elle doit être utilisée en cures répétées, assez fréquentes, pour maintenir la lumière d'un rétrécissement à un diamètre suffisant.

LES SULFAMIDES

A partir de 1938, après quelques années d'expérimentation, les sulfamides furent essayées dans les manifestations ano-rectales de la lymphogranulomatose humaine.

Expérimentation :

En 1935, LEVADITI et WEISMAN relataient des essais faits sur l'animal ayant reçu du virus lymphogranulomateux. Les résultats n'étaient pas appréciables.

En 1938, les mêmes auteurs, après les travaux de ROSENTHAL, WOOLEY et BAUER, relatant de nouveaux essais sur le cobaye, concluaient à une action curative nette de l'acide 4' sulfamidophénylazo 3, 5 diamino-benzoïque et de la para-amino-phényl-sulfamide.

La même année, parurent les comptes rendus de F. BAR, de LEVADITI, BÉQUIGNON et REINIÉ. Leurs constatations étaient également favorables.

Les expériences ne concernaient pas des rectites, mais des méningo-encéphalites lymphogranulomateuses. Les animaux utilisés, — des souris —, avaient été inoculés par voie intra-crânienne. La comparaison entre les lots de souris traitées par les sulfamides et les lots de souris non traitées permit de

conclure à la valeur thérapeutique de cette série de nouveaux corps introduits en chimiothérapie.

Application à la lymphogranulomatose humaine :

D'une façon toute fortuite, RIOU (Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine, Mai 1937) obtint un résultat dans une lymphogranulomatose inguino-crurale. Il utilisa le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine pour lutter contre l'infection streptococcique qui compliquait une maladie de Nicolas-Favre. Cette dernière résistait aux traitements dirigés contre elle. Après l'administration du composé sulfamidé, les fistules inguino-crurales se cicatrisèrent.

En 1938, MOULONGUET faisait part de l'amélioration obtenue à l'aide de chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine et du dérivé benzylé du p.-amino-phényl-sulfamide dans 2 cas de rectite lymphogranulomateuse.

Dans le premier cas, il vit disparaître d'une façon totale l'écoulement anal. Le rétrécissement resta sans changement. Il s'agissait de lésions rectales datant de 4 ans, qui n'avaient pas été améliorées par les thérapeutiques antérieures.

L'amélioration fut plus importante encore dans le deuxième cas. Localement, HILLEMAND, qui examina le malade après le traitement, déclara qu'il s'agissait d'une « amélioration que nous ne sommes pas accoutumés à voir ». Ce second malade avait une rectite depuis 7 mois.

A. LAMBLING et Mlle CORRE écrivaient en mars 1939 :
« Dans ces trois derniers mois, nous avons soumis à

ce traitement (sulfamides per os) une vingtaine de malades. Le recul est encore trop bref pour qu'il nous soit possible de formuler une conclusion. Il nous semble cependant que l'action favorable de ces corps sulfamidés, employés à des doses suffisantes et suffisamment longtemps, soit nette, notamment sur les lésions de rectite et plus encore sur les suppurations péri-rectales ».

Les malades dont parlaient A. LAMBLING et Mlle CORRE ont été revus à la consultation de l'Hôpital Necker. D'autres observations sont venues depuis s'ajouter à celles préexistantes, et un recul plus important permet de mieux apprécier l'action des différents traitements appliqués.

Ces malades, atteints de localisation ano-rectale de la maladie de Nicolas-Favre, sont, pour la plupart, suivis depuis longtemps. A partir de novembre 1938, ils ont été soumis à la thérapeutique sulfamidée.

Plusieurs composés sulfamidés ont été utilisés :

Le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine (Rubiazol);

Le benzyl-amino-phényl-sulfamide (Septoplix);

L' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine (Dagénan).

Ce dernier corps a été le plus fréquemment prescrit, en raison de sa moindre toxicité et des résultats meilleurs qu'il a semblé donner.

Les sulfamides sont administrées, soit per os, soit en lavements. Suivant les cas, l'efficacité du médicament est plus marquée s'il est introduit par voie rec-

tale; les deux voies d'introduction sont d'ailleurs utilisées alternativement.

En raison des incidents qu'entraînent les fortes doses, il semble préférable de s'en tenir aux doses moyennes.

Per os :

Cures de 15 à 20 gr. environ.

soit : 3 gr. par jour pendant 3 ou 4 jours, puis 2 gr. les 4 jours suivants;

soit : 2 gr. les 7 premiers jours, puis 1 gr. 50 pendant 4 jours.

Dans certains cas, par suite de réactions légères d'intolérance, la dose maxima de 1 gr. 50 ne doit pas être dépassée.

En lavements :

C'est le dérivé sodé de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, en solution aqueuse, qui est employé.

Chaque lavement est fait avec 1 ou 2 gr. de ce produit. Les lavements, à garder, sont répétés quotidiennement pendant 10 ou 15 jours.

Le renouvellement des cures et le choix du mode d'administration doivent être déterminés par les réactions locales et par les réactions générales. Les incidents, les modifications de la formule sanguine, qu'il faut toujours rechercher, jouent un rôle notable dans la conduite du traitement.

OBSERVATIONS

31 malades, atteints de rectite et de rétrécissement rectal, ont été traités par les dérivés sulfamidés à la consultation de médecine de l'Hôpital Necker.

Sur ces 31 malades, 27 avaient une réaction de Frei positive; parmi les 4 autres, il existait une réaction douteuse (Obs. CXXXIX), 1 seule réaction négative (Obs. CCCXXIX); enfin, chez les 2 derniers, la réaction de Frei n'avait pu être faite (Obs. CXCIX et CX).

7 des malades ne sont pas revenus après la première série de sulfamides (Obs. V, VII, XIX, XXXV, XLVII, CCCXXII et CCCXXXI).

Les résultats ne peuvent donc se discuter que sur les 24 malades qui ont été suivis.

Certains, cependant, ne se sont pas présentés régulièrement à la consultation et la conduite de leur traitement en a souffert.

A part quelques exceptions, tous ces malades, soignés depuis plusieurs années pour leurs lésions rectales, avaient été soumis aux différentes thérapeutiques utilisées jusqu'alors.

Si les médicaments employés avant l'apparition des sulfamides avaient, chez certains sujets, entraîné une stabilisation des lésions, ou même une amélioration, les résultats encourageants étaient en général peu importants.

Les sulfamides semblent avoir montré leur supériorité. En effet, on peut admettre que 18 de ces 24 malades en ont bénéficié.

Dans 2 autres cas, les composés sulfamidés paraissent avoir favorisé nettement la cicatrisation de plaies d'incisions d'abcès de la marge anale, et, dans 1 autre cas, ils ont agi heureusement sur l'évolution de fistules. Il y a eu 2 échecs complets auxquels il faut joindre 1 cas de régression légère, mais de courte durée.

Cette proportion s'avère très supérieure à celle que l'on pouvait attendre des agents thérapeutiques utilisés jusqu'à ce jour.

De plus, les sulfamides se sont montrées efficaces chez des malades qui n'avaient obtenu que des résultats nuls, ou peu importants, avec les autres médicaments.

Cette valeur des sulfamides s'est affirmée, non seulement dans le nombre, mais aussi dans la rapidité et dans la qualité des succès.

L'analyse des 18 cas améliorés le montre :

Dans 4 cas, l'effet à la fois fonctionnel et objectif a été rapide et la guérison semble acquise.

Dans 7 cas, l'amélioration, à la fois fonctionnelle et objective, est certaine, mais incomplète.

Et il y a 7 cas où le résultat est seulement fonctionnel.

Voici les observations des 4 malades chez lesquels la guérison semble complète :

OBSERVATION XXXIII.

M. Georges C..., 43 ans.

Le début des troubles semble remonter à 1928, par des pertes anales de pus et de sang.

Depuis 1932 : constipation, faux besoins fréquents, avec évacuation de pus et de matières liquides.

Jamais d'adénopathie inguinale.

Sodomie pendant la guerre de 1914-1918, non immédiatement suivie de troubles rectaux.

Syphilis contractée en 1926, régulièrement traitée par arsenic, bismuth, mercure.

Premier examen le 7 mars 1933 :

T. R. : Rétrécissement à 4 cm. n'admettant pas l'index. Rectite granuleuse.

Rectoscopie : Seul le rectoscope de 10 mm. franchit le rétrécissement; peu de pus; lésions typiques de rétrécissement inflammatoire; végétations qui déburent dans le canal anal à partir de 3 cm., surtout à gauche.

Frei +.

Après dilatation diathermique, le rectoscope de 15 mm. peut passer; l'aspect de la muqueuse est le même qu'au premier examen.

Traitement jusqu'en Septembre 1934 :

2 séries de dilatation diathermique,

2 séries de Lugol per os;

1 série d'antimoine (20 injections);

1 série de salicylate de soude per os;

des lavements au bleu de méthylène et au Ziehl.

Examen du 28 septembre 1934 :

Aucune amélioration fonctionnelle.

T. R. : Rétrécissement à bout de doigt; la muqueuse est épaissie, parquetée, parsemée de granulations.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 3 cm. par un rétrécissement à bride postérieure, dont la surface est érodée et métaplasiée. Peu de pus. Le rectoscope de 15 mm. passe à forci-pressure. Le rétrécissement propre-

ment dit a 1 cm. de hauteur. Au-dessus, ampoule large, dont la muqueuse est érodée, surtout en avant, recouverte de pus abondant. Les lésions s'étendent jusqu'à 8 cm.

Jusqu'au mois de Novembre 1938, pas de modification sensible des lésions, malgré les thérapeutiques régulièrement appliquées depuis 1934.

3 séries de diathermie;

1 série d'émétique de potasse en injections intra-veineuses (1 gr. 05 en 19 injections) mal supportée;

6 séries de Lugol per os;

Lavements : bleu de méthylène, sunoxol, mercurochrome, Lugol.

A partir du 7 décembre 1938, le malade reçoit de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

18 gr. en 1 semaine.

Il se produit une légère pesanteur gastrique et des vertiges. Les selles deviennent plus faciles. Il y a moins de pus.

Le pus disparaît complètement après une seconde série de sulfamides.

Le 22 mars 1939, la rectoscopie montre la persistance du rétrécissement, mais celui-ci est propre et présente une tendance cicatricielle nette; il saigne encore facilement au contact.

3^e cure de sulfamides et dilatation diathermique en Avril 1939. Traitement bien supporté.

Les selles deviennent régulières et moulées (ce que le malade n'avait pas constaté depuis plusieurs années), les glaires et les mucosités disparaissent.

T. R. : Rétrécissement infundibulaire lisse, à part une infiltration linéaire en avant et en arrière.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 4 cm. par un rétrécissement de diamètre à peine inférieur. Muqueuse d'aspect cicatriciel très peu érodée. On a l'impression d'une guérison fibreuse.

L' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine est continué.

Le malade est revu en Juillet et en Septembre 1939. L'amélioration, à la fois fonctionnelle et objective, s'est encore accentuée.

OBSERVATION CLXIV.

M. G..., 31 ans.

Début des troubles vers 1930 par constipation et suppuration rectale.

Pas de syphilis connue (B. W. 0).

Frei +. Dmelcos 0.

Premier examen en 1933 :

Rétrécissement cylindrique peu végétant avec suppuration très abondante. Paroi rectale très fragile, saignant facilement au contact.

Traitement depuis 1933 :

10 séries de 20 injections intra-veineuses de solution de Lugol;

1 série d'émétique de potasse intra-veineux;

2 séries d'antigène intra-veineux (12, puis 19 injections). Pendant ces traitements, régulièrement appliqués, les troubles fonctionnels diminuent : envies moins fréquentes, défécation moins douloureuse. La suppuration reste toujours abondante. La muqueuse est érodée et hémorragique et l'évolution sténosante. Traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

Du 15 au 24 janvier 1939 : 20 gr. per os;

Du 28 janvier au 6 février 1939 : 10 lavements (2 ampoules de 1 gr. chaque par lavement);

En Mars 1939 : 2^e série per os et en lavement;

En Juin 1939 : 3^e série per os.

Aussitôt après la première série per os, diminution considérable de la suppuration.

A la rectoscopie : muqueuse rouge, un peu congestive, mais lisse.

Après la première série de lavements : pas de pus et pas de sang au contact. Fonctionnellement : impression de guérison.

Au dernier examen, après la 3^e série, l'amélioration fonctionnelle est complète. La cicatrisation est en bonne voie.

Le malade, obligé auparavant de se garnir à plusieurs reprises au cours de la journée, n'a plus à recourir à cette précaution. Il ne ressent plus aucun trouble local.

OBSERVATION CCXXI.

M. Louis B..., 34 ans.

Syphilis en 1925 traitée pendant 5 ans.

En Juillet 1932, écoulement de pus et de sang par l'anús.

En 1934, rectorragie abondante.

En Janvier 1935, abcès de la marge anale incisé.

Sodomie avouée.

Premier examen fait à Necker, le 2 avril 1935/:

Abcès fistulisé de la marge. Petit condylome ulcéré au-dessus.

T. R. : Infiltration ulcéro-fissuraire postérieure, bride postérieure.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. passe facilement. En arrière, ulcération jusqu'à 3 cm.; au-dessus, jusqu'à 6 cm., quelques végétations, rectite érosive; la muqueuse saigne facilement au contact.

Dmelcos 0. Frei +. B. W. 0.

Le malade est suivi régulièrement.

En 1937, mêmes constatations locales, apparition de douleurs à la défécation.

En Juillet 1937, il subit une intervention pour abcès de la marge anale (Dr BERGERET). Nouvel abcès de la marge anale en Février 1938. Persistance d'une fistule que l'électro-coagulation et les injections sclérosantes cicatrisent.

Traitement depuis Avril 1935 :

Lavements au bleu de méthylène et au Ziehl;

Antimoine en injection (2 séries) mal supporté; malaise général, tendance vertigineuse, anorexie;

Solution de Lugol, per os et en lavements (plusieurs séries).

Peu de modifications locales après cette thérapeutique.

Examen du 23 novembre 1938 :

T. R. : Muqueuse souple; anneau fibreux près de l'orifice anal.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. passe facilement.

Peu de pus. La muqueuse, en certains points, présente un aspect leucoplasique et saigne facilement. Pas de végétations nettement visibles.

A partir du 23 novembre 1938, traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

1 première série, mal supportée (malaise général, tendance vertigineuse, anorexie), est interrompue le deuxième jour.

Le 29 mars 1939, au T. R., on sent une ulcération postérieure aux parois épaisses, confirmée par la rectoscopie. Pas de rétrécissement.

On redonne de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine per os : 15 gr. en 10 jours, avec du bicarbonate de soude.

Le traitement est, cette fois, à peu près bien supporté, en dehors d'une fatigue générale.

La suppuration, moins abondante, est remplacée par une légère sécrétion.

Au T. R., l'ulcération semble diminuée.

10 lavements d'1 gr. chaque du même composé sulfamidé. Nouvelle série per os de 18 gr. 50 en 10 jours.

Le 21 juin 1939, le T. R. est négatif.

A la rectoscopie, la muqueuse est un peu rouge, l'ulcération a disparu. On ne pourrait plus faire le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre.

OBSERVATION CCCXXXIII.

M. Max Sch..., 34 ans.

Depuis le mois de Mai 1936, émission de pus verdâtre par l'anus, légères douleurs anales, pas de ténésme, constipation.

Pas d'adénopathie inguinale.

Premier examen, le 14 novembre 1938 :

T. R. : négatif.

Rectoscopie : Au niveau de la région hémorroïdienne, à 11 h., on voit une exulcération non végétante. En avant, à

4 ou 5 cm., il existe des végétations. Exulcération et végétations saignent facilement au contact. Au-dessus, rectum tout-à-fait normal.

Frei ++.

Traitement :

Suppositoires au collargol;

Une 1^{re} série d'a (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, 22 gr. per os en 7 jours, ne produit pas d'amélioration.

Une 2^e série de 18 gr. en 10 jours est suivie d'une diminution de la suppuration.

3^e série en Mars 1939. Disparition des écoulements purulents et sanglants.

A la suite de cette 3^e série, le T. R. et la rectoscopie sont pratiquement négatifs.

Le Frei reste ++.

Les 3 malades des observations XXXIII, CLXIV et CCXXI avaient été traités sans résultats notables depuis plusieurs années. Les lavements antiseptiques, l'antimoine, le Lugol, avaient produit, chez le second, une légère amélioration fonctionnelle. Chez le troisième, une diminution assez minime des lésions objectives. Une stabilisation de la rectite a été le seul effet constaté chez le premier.

Dans ces 3 cas, en quelques mois d'une thérapeutique sulfamidée, il y a eu disparition totale de la suppuration anale. L'endoscopie a montré une modification importante de la muqueuse rectale : régression complète d'ulcérations et d'érosions et tendance cicatricielle nette.

Dans l'Obs. CCCXXXIII, il s'agit d'un malade chez lequel les sulfamides ont été utilisées comme seule thérapeutique, en dehors de suppositoires au collar-

gol, pour une rectite d'apparition récente. Les résultats excellents obtenus chez ce malade sont peut-être moins intéressants que ceux des 3 cas précédents, puisque d'autres traitements n'avaient pas prouvé leur inefficacité.

Dans ces 4 cas, sans vouloir être optimiste, il est possible de parler de guérison. Le recul manque cependant pour apprécier avec certitude les résultats éloignés, mais rien n'empêche de croire qu'ils seront définitifs.

L'un des 4 malades était porteur d'un rétrécissement heureusement influencé par des séances de dilatation diathermique. Sans modifier, bien entendu, la sténose constituée, les sulfamides, par leur effet sur la rectite, ont entraîné une amélioration fonctionnelle importante, puisque les selles sont redevenues sensiblement normales.

L'action des sulfamides a été appréciable dans d'autres cas, et, 10 des 24 malades suivis ont présenté une amélioration, non seulement fonctionnelle, mais objective; cette amélioration a été plus ou moins marquée suivant les malades.

Il faut considérer à part 3 de ces 10 malades chez lesquels le résultat obtenu ne concerne que des fistules, ou des abcès de la marge anale.

Un effet très important et rapide s'est manifesté chez les 2 malades suivants :

OBSERVATION CXCIX.

M. André S... L..., 38 ans.

Début de l'affection en Août 1934, par des sécrétions purulentes dans les selles pendant 18 jours. Puis, douleurs ano-rectales.

Abcès de la marge anale qui se fistulise et nécessite une intervention locale.

Depuis, épreintes, envies assez fréquentes avec évacuations de pus.

Sodomie récente.

Dans les antécédents : blennorragie en 1925; syphilis en 1936 (semble avoir été traitée régulièrement par arsenic et bismuth).

Premier examen le 15 octobre 1934 :

T. R. : En arrière et à gauche, épaississement de la muqueuse et cannelures; vers 9 h., granulations non douloureuses.

Rectoscopie : Jusqu'à 4 cm., petites végétations légèrement ulcérées et sanguinolantes vers 9 h.

Jusqu'en Février 1935, lavements quotidiens au Ziehl et au Lugol.

Acétylarsan et Quimby.

Une légère amélioration survient à la suite de ce traitement.

Le B. W. reste positif.

Jusqu'en 1937 :

1 série d'antimoine (12 injections : 62 cgr) mal supportée (algies, fièvre);

Plusieurs séries de Lugol, per os;

1 série de Lugol en injections intra-veineuses (20 injections : 250 cc);

Lavements au bleu de méthylène, Ziehl, Lugol, sunoxol.

Une amélioration très sensible est constatée en Juin 1937.

Le T. R. est presque négatif.

A l'endoscopie, aucune trace de pus. La muqueuse est encore superficiellement érodée, surtout en arrière; elle

saigne au contact. On a l'impression d'un processus de cicatrisation très net.

En 1938, on constate les mêmes lésions, mais il existe, en plus, un léger rétrécissement circulaire.

1 série de Lugol intra-veineux n'apporte pas de modification.

En Avril 1939, la rectite est encore évidente. L'endoscopie montre une muqueuse congestive et érodée entre 3 et 5 cm., mais parfaitement souple.

Après cet examen, le malade reçoit :

20 gr. per os d'a (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine en 11 jours;

puis, 6 lavements de ce même produit.

Le 28 juin 1939, la rectoscopie montre une muqueuse normale, d'aspect cicatriciel, sans pus.

OBSERVATION CCV.

Mlle C..., 37 ans.

Le début des troubles semble remonter à l'âge de 15 ans.

En 1934, on constate un rétrécissement rectal très serré — le rectoscope de 15 mm. ne passe pas — paroi granuleuse. Pus et sang en abondance.

B. W. 0.

Gonorréaction 0.

Dmelcos 0.

Frei +.

Traitement :

En plus de séries régulières de diathermie, la malade a reçu :

De 1934 à 1935 : 10 injections de Lugol intra-veineux;

En 1936 : 2^e série de Lugol de 20 injections;

3^e série de Lugol de 20 injections;

En 1937 : 4^e série de Lugol de 20 injections;

En 1938 : 5^e série de Lugol de 20 injections;

Les traitements se bornent à fixer les lésions dans leur étendue. Pendant ces 4 années, on ne constate aucune ex-

tension, mais le pus reste aussi abondant et la fragilité muqueuse considérable.

Traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

En Décembre 1938 : 1 série de 20 gr., suivie de la disparition du suintement purulent;

En Mars 1939 : 2^e série de 20 gr. L'examen permet de constater la disparition de la fragilité muqueuse;

En Mai 1939 : 3^e série de 20 gr. Il se produit quelques vertiges et une éruption miliaire suppurée à la fin de la série.

En 5 mois de traitement par les sulfamides, l'amélioration objective a été plus nette que pendant 5 années avec les traitements antérieurs.

A l'examen, le pus a disparu. Il existe une diminution considérable de la fragilité muqueuse. La tendance cicatricielle est nette.

Dans l'Obs. CXCIX, le traitement par le Lugol et par les lavements avait amélioré nettement les lésions, mais, malgré une tendance cicatricielle, il persistait des altérations de la muqueuse. Chez ce malade soigné depuis 4 ans $\frac{1}{2}$, 1 série per os d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine entraîne, en 2 mois, une régression de la rectite telle qu'il serait possible de la considérer comme guérie.

La malade de l'Obs. CCV n'avait, en 4 années de traitement, obtenu aucune amélioration; les lésions s'étaient simplement limitées dans leur extension. Après une seule cure de sulfamides, les sécrétions purulentes disparaissent. 3 cures semblables entraînent, en 5 mois, une amélioration objective marquée, avec processus de cicatrisation très net.

Les autres résultats sont sensiblement moins bons mais plusieurs malades n'ont subi que trop peu de temps un traitement sulfamidé pour que l'on puisse apprécier sur eux l'action de ce médicament. Son efficacité ne se révèle pas toujours, en effet, dès le début de l'administration; il faut souvent plusieurs cures avant de voir survenir des modifications des lésions. Certains sujets, cependant, traités régulièrement pendant plusieurs mois par les composés sulfamidés, n'en ont pas bénéficié comme ceux des 6 observations précédentes.

OBSERVATION CCLXIV.

Mlle Marcelle B..., 31 ans.

Depuis 1932, douleurs abdominales basses. Incontinence des matières; selles liquides ou solides mais rubanées, fréquemment accompagnées de sang. Suintement par l'anus de glaires jaune sale.

Premier examen le 22 avril 1936 :

T. R. : Atonie sphinctérienne. Pas d'hypertrophie ni de végétations de la muqueuse. Rétrécissement à bout de doigt.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 4 cm.; le rectoscope de 15 mm. est arrêté à 7 cm. par un rétrécissement, à la fois érodé et leucoplasique. Au-dessus de 7 cm., les lésions paraissent s'étendre sur 15 à 20 mm.

Pas d'adénopathie inguinale suppurée, mais, à gauche, quelques ganglions de la grosseur d'une amande.

B. W. +. Dmelcos +. Frei +++.

Jusqu'en Janvier 1939, la malade reçoit surtout un traitement anti-syphilitique (BIVATOL) et ne subit qu'une série de dilatation diathermique. (La malade s'est présentée très irrégulièrement à la consultation).

Depuis le premier examen, si les lésions de rectite se sont peu accentuées, le rétrécissement a progressé d'une façon notable.

A l'examen du 11 janvier 1939, le T. R. est très douloureux; le doigt pénètre dans une ampoule rectale qui paraît d'abord normale comme souplesse et lumière; il est arrêté à 5 cm. par un rétrécissement souple qui coiffe l'index.

Le rectoscope est arrêté au même niveau par le rétrécissement qui paraît péri-rectal (aucune lésion muqueuse); mais il existe, sur la face antérieure du rectum, une ulcération allongée, large de 4 à 5 cm., rappelant une grande fissure anale, dont le pôle supérieur, surmonté d'une petite végétation, correspond à l'entrée du rétrécissement.

Du mois de Janvier au mois de Mars 1939, 2 cures per os d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, l'une de 14 gr. l'autre de 18 gr.

1 série de 10 lavements au chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine (1 gr. par lavement).

Pendant ce traitement, l'ulcération donne l'impression de se cicatriser; ses bords deviennent moins nets.

Au dernier examen, le 14 mars 1939, l'ulcération a nettement diminué; la muqueuse est sensiblement normale; il existe une sténose fibreuse à 5 cm.

OBSERVATION CCCXXIX.

M. Julien F..., 43 ans.

Intervention pour hémorroïdes externes en 1936, à l'Hôpital du Val-de-Grâce.

En Mai 1938, apparition de douleurs abdominales violentes et de selles sanguinolentes.

Sodomie.

Examen du 25 mai 1938 :

T. R. : Rectite hyperplasique, avec petits noyaux durs disséminés sur la muqueuse.

Rectoscopie : De 3 à 7 cm., grosses végétations d'aspect habituel. D'autre part, petites végétations du volume d'une

perle. Le tout saignant peu au contact. Pus d'abondance moyenne.

Condylome du volume d'une noisette au niveau de la marge anale.

Frei négatif.

En Juin 1938, apparition d'une ulcération rectale qui s'étend jusqu'à 6 cm.

Traitement :

2 séries d'antimonio-thiomalate de lithium (ayant entraîné des réactions arthralgiques) alternées avec 2 séries de Lugol.

Le 21 décembre 1938, les constatations, au T. R., sont les mêmes.

Rectoscopie : Peu de suppuration. Végétations très scléreuses d'aspect, à l'entrée du canal anal, congestives plus haut. On ne retrouve plus l'ulcération. Peu de saignement au contact. Traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

2 séries per os (18 gr. chaque);

15 lavements de 1 gr. chaque;

Le traitement sulfamidé est bien supporté.

Le pus diminue. Les lésions sont, dans l'ensemble, moins congestives. Le processus de cicatrisation s'étend. Les zones érodées sont de moins en moins nombreuses. L'évolution semble se faire nettement vers la fibrose.

De plus, une très grande amélioration fonctionnelle est notée par le malade.

OBSERVATION CLXVIII

M. P..., 45 ans.

Début de l'affection en 1919, par des envies fréquentes succédant à la sodomie.

En 1924, abcès de la marge anale incisé. On constate l'existence d'un rétrécissement rectal.

Depuis cette époque, une incontinence relative des matières oblige le malade à se garnir.

B. W. 0. Frei 0. Dmelcos 0.

Premier examen en 1933 :

Il existe un volumineux condylome et on trouve un rétrécissement fibreux très serré.

Traitement depuis 1933 :

4 séries de Lugol;

1 série de Parkibléu;

1 série de Vaclydum;

1 série d'émétique de potasse;

1 série d'antigène lymphogranulomateux (13 injections).

Au cours du traitement, si les lésions se sont relativement stabilisées, il persiste une suppuration abondante. Le condylome et l'infiltration périnéale augmentent.

En 1939, on commence un traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine.

Le malade reçoit 2 séries per os :

19 gr. au mois de Mars;

20 gr. au mois de Juillet.

Une action immédiate sur la suppuration se produit; celle-ci diminue dans des proportions considérables. Le volume du condylome régresse. La muqueuse perd son aspect irrégulier et devient plus lisse.

OBSERVATION CXXXIX.

M. Albert Sch..., 61 ans.

Vient consulter, en Décembre 1932, pour des troubles rectaux qui auraient débuté au printemps précédent.

A la suite de rectorragies continues ayant duré un mois, aurait été opéré en Juillet 1932 pour « hémorroïdes ». Après l'intervention, reprise des hémorragies qui durent 15 jours. Depuis ce moment, suintement anal purulent et glaires dans les selles.

Sodomie jusqu'au printemps 1932.

Ganglions inguinaux nombreux non douloureux.

T. R. : sur la paroi antérieure et sur la paroi gauche, granulations du volume d'une grosse lentille. Au bout de l'index, à 5 ou 6 cm., petite masse indurée.

Rectoscopie : Au niveau de la région sus-anale, le rectoscope de 20 mm. franchit aisément un rétrécissement large. De cette région jusqu'à 8 cm., la muqueuse est rouge, tomentueuse et saignante, entre 10 h. et 12 h. Au-dessus, on trouve des lésions ulcéreuses recouvertes d'un enduit purulent.

B. W. négatif.

Frei douteux avec papule persistante.

Après 2 séries de Lugol, 1 série de diathermie, des lavements au mercurochrome, au Ziehl, au bleu de méthylène, on constate, le 18 janvier 1934, l'apparition de plusieurs condylomes à l'entrée du canal anal.

La rectoscopie montre une rectite végétante en cannelure, avec œdème et congestion de la muqueuse, jusqu'à 8 ou 10 cm., hémorragie en nappe, pus. La suppuration spontanée aurait diminué.

1 série de 20 injections d'antimoine, la continuation des lavements au Lugol, au mercurochrome et au Ziehl produisent une amélioration fonctionnelle (diminution du pus et des hémorragies).

Cette amélioration est de courte durée.

Jusqu'au mois de Février 1938, le traitement a compris plusieurs séries de Lugol, per os et en lavements, 1 série d'émétique de potasse par voie intra-veineuse. De nombreuses granulations fermes, antérieurement constatées, ont diminué. Peu de sang, plus de pus.

En Février 1938, reçoit du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.

En Novembre 1938, les granulations paraissent moins abondantes et moins grosses.

2 cures de 18 gr. d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine terminées en Mars 1939.

A cette époque, au T. R., le rétrécissement, qui avait été précédemment constaté, persiste; il est fibreux et admet la première phalange de l'index. La rectoscopie montre des plages cicatricielles qui paraissent s'étendre, limitant des zones superficiellement érodées. Pus nettement moins abondant.

Jusqu'en Juillet 1939, 20 lavements sulfamidés de 1 gr. chaque, à la suite desquels le malade ne constate plus de pertes purulentes.

Le rétrécissement fibreux persiste, admettant la première phalange de l'index; il y a quelques végétations au-dessous.

Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 5 cm. Le rétrécissement est exulcéré dans sa moitié inférieure, cicatrisé dans sa moitié supérieure. Très peu de pus, pas de sang.

OBSERVATION CXLV.

M. René S..., 33 ans.

En 1933, adénopathie inguinale bilatérale prédominant à gauche, non supprimée.

Depuis ce moment, suintements sanguinolents et purulents par l'anus.

Sodomie.

Premier examen le 14 avril 1934 :

T. R. : Tranchée postérieure ulcérée avec bords durs. Infiltration granuleuse ferme dans la muqueuse, à gauche, au niveau du bord du releveur..

Rectoscopie : Anite végétante, lésions plus marquées en arrière, plusieurs exulcérations et une ulcération postérieure sur 4 cm.

Frei +. Dmelcos 0. B. W. partiellement +.

Traitement :

Salicylate de soude intra-veineux.:

1^{re} série : 9 injections;

2^e série : 15 injections;

3^e série : 15 injections.

Lavements : Solution de Lugol et formol.

En Décembre 1934, disparition des douleurs et du suintement.

L'ulcération postérieure n'est plus retrouvée au T. R. et à la rectoscopie; elle est remplacée par un épaississement de la muqueuse. Pas de suppuration.

En Octobre 1936 :

Volumineux condylôme de la marge anale.

Réapparition d'une ulcération postérieure saignant facilement et limitée par 2 bords nets se réunissant en fronde à la partie supérieure. Au-dessus, rectum normal.

Examen du 21 septembre 1939 :

Depuis 2 ans, il n'y a pas eu de traitement régulièrement appliqué.

Les lésions ne semblent pas s'être étendues. L'ulcération persiste, saignant facilement, bordée de petites végétations.

A la suite de 15 injections d'antimonio-thiomalate de lithium, il existe, le 9 novembre 1938, une amélioration fonctionnelle sensible (moins de sang, moins de pus).

Objectivement, il semble que les lésions, tout en présentant dans l'ensemble les mêmes caractères, sont moins congestives.

A partir du début de Novembre, on prescrit de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine.

Une 1^{re} série de 14 gr. est suivie immédiatement de diminution des douleurs et du pus.

Une 2^e série, à la fin du mois de Novembre, est mal supportée (anorexie, malaise général), le malade l'interrompt le deuxième jour.

La dose journalière, réduite à 1 gr. 50 pendant 7 jours, donnée en même temps que du bicarbonate de soude, est bien supportée.

En Décembre 1938, la muqueuse rectale est propre : pas de pus, pas de sang. Amélioration nette. Rectite en voie de cicatrisation.

Le malade n'est pas revenu.

Dans l'Obs. CCLXIV, après 2 cures per os et une série de lavements d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, une ulcération régresse nettement.

Le malade de l'Obs. CCCXXIX, après 2 séries per os et 2 séries de lavements, présente une diminution importante des troubles fonctionnels et l'endoscopie montre une muqueuse moins altérée.

Le cas de l'Obs. CXLVIII est, lui aussi, très amélioré, aux points de vue subjectif et objectif, après 2 séries de sulfamides assez espacées.

Les sulfamides augmentent rapidement l'amélioration amorcée par le Lugol et l'antimoine chez le malade de l'Obs. CXXXIX.

Le malade de l'Obs. CXLV, très amélioré, mais temporairement, par le salicylate de soude intraveineux et par les lavements, a vu cette amélioration se reproduire après un traitement stibié. L'action des sulfamides était très favorable, malheureusement le malade n'est pas revenu à la consultation.

Chez 3 autres sujets, les sulfamides ont eu peu ou pas d'action sur la rectite, mais ont favorablement influencé la cicatrisation de fistules ou de la plaie d'incision d'un abcès.

OBSERVATION CCII.

Mme Anna S..., 35 ans. .

Début en 1932 par une constipation opiniâtre et quelques selles striées de sang.

Sodomie niée.

Premier examen le 24 octobre 1934 :

Petites marisques.

T. R. : Le doigt s'engage immédiatement dans un rétrécissement fibreux, dur, mais mobile, qui n'est pas précédé d'infiltration de la muqueuse, en dehors de quelques petites granulations en avant.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 2 cm. 1/2 par un rétrécissement qui affecte la forme d'une fente verticale. Le rectoscope de 15 mm., poussé jusqu'à 3 cm., écarte les lèvres de la sténose, qui sont épaisses et

rosées ou nacrées, suivant les points. Le rectoscope de 10 mm. franchit facilement le rétrécissement qui s'étend, tubulaire, jusqu'à 7 cm. environ. La muqueuse est érodée et saigne assez facilement au contact. Le pus est abondant. Il s'agit d'un rétrécissement de Nicolas-Favre typique.

Adénopathie inguinale bilatérale.

Frei +. B. W. + en 1936; il était négatif avant et est négativé après traitement antisyphilitique.

Traitement :

Lavements au bleu de méthylène, au Ziehl, au Lugol, au sunoxol, au mercurochrome;

Diathermie : plusieurs séries;

Emétique de potasse;

Antimonio-thiomalate de lithium;

Lugol per os et par voie intra-veineuse;

Bivatol.

} plusieurs séries.

Tous ces traitements n'entraînent aucune amélioration et il survient un abcès périnéal et de la grande lèvre gauche; une fistule recto-vaginale se produit.

A partir de Janvier 1939, traitement sulfamidé :

1 série de 18 gr. d'α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine per os;

10 lavements quotidiens de carboxy-sulfamido-chrysoïdine.

Cette médication est bien supportée. Le pus aurait diminué.

La rectoscopie ne montre pas d'amélioration. Le rétrécissement est toujours très serré.

En Mars 1939, après une série de dilatation diathermique, le rectoscope de 15 mm. passe facilement; les lésions muqueuses sont les mêmes.

On donne 26 gr. de benzyl-amino-phényl-sulfamide.

En Juin 1939, pas d'amélioration des lésions rectales; seules plusieurs fistules, qui n'avaient pas été modifiées par les traitements précédents, présentent une tendance à la cicatrisation.

OBSERVATION CLX.

M. D..., 42 ans.

Ayant consulté pour des hémorroïdes, une fistule et des végétations rectales sont constatées en 1930.

En 1931, subit une intervention sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement; elle est suivie d'un rétrécissement du rectum.

Syphilis contractée en 1926, régulièrement traitée.

Sodomie catégoriquement niée.

Frei +. Dmelcos 0.

Depuis 1931, plusieurs fistules qui s'ouvrent par intermittence.

En 1934, condylômes de la marge anale, rétrécissement très serré arrêtant le rectoscope de 10 mm.

Traitement :

Dilatation diathermique;

2 séries de Lugol intra-veineux en 1934 et 1935.

A la suite de ce traitement, selles plus faciles et moins douloureuses; réduction des condylômes.

De 1935 à 1939 :

4 séries de Lugol de 10 injections chacune.

En 1936, abcès de la marge anale ouvert spontanément.

En Juin 1939, volumineux abcès péri-rectal, avec état sub-fébrile, incisé par le Dr d'ALLAINES.

Le malade est mis à l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

Après 1 série de 20 gr. en 11 jours, la plaie péri-anale se cicatrise très rapidement. Les troubles fonctionnels sont peu marqués.

OBSERVATION CX.

M. Eugène M..., 68 ans.

Sodomie régulière de 1918 à 1929.

Début des troubles rectaux en 1929 : sécrétions purulentes à l'occasion des gaz et des selles, constipation.

Pas d'adénopathie inguinale, suppurée ou non.

En 1929 : B. W. +, recherché à l'occasion de la rectite.
Syphilis régulièrement traitée. Négativation du B. W.

Premier examen le 20 novembre 1930 :

T. R. : Pas tout-à-fait à bout de doigt, on tombe sur un rétrécissement régulier, fibreux. A partir de 2 cm., le canal anal est infiltré en plaques en avant, douloureux en arrière. Saignement au contact.

Rectoscopie : Le canal anal semble normal dans les $\frac{2}{3}$ de sa longueur. A l'extrémité du canal anal, le rétrécissement apparaît en fente limitée par des bourrelets irréguliers. Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 3 cm. $\frac{1}{2}$. Le rectoscope de 10 mm. franchit aisément le rétrécissement; au-dessus, la sténose se poursuit en s'évasant, et, à 10 cm., la lumière de l'ampoule rectale n'est pas encore normale.

Traitement :

De 1930 à 1934 :

4 séries de Lugol per os;

Lavements au bleu de méthylène, au Ziehl et au mercurochrome;

Plusieurs séries de diathermie.

En 1934 :

Tous les 3 mois : 20 jours de Lugol per os;

10 jours de salicylate de soude à raison de 2 gr. par jour;

Lavements : 1 semaine sur 2, au Ziehl et mercurochrome.

En 1935 : 1 série de 20 injections intra-veineuses de Lugol.

A la suite de ces traitements, légère amélioration générale et locale.

En 1938, apparition d'un abcès de la marge de l'an us incisé au début de Novembre.

Après l'incision : 1 série de 15 gr. d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine.

La plaie importante, qui persistait après l'incision de l'abcès de la marge, a été très améliorée après ce traitement. La muqueuse rectale devient propre.

2 autres séries de sulfamides : l'une de 12 gr.;

l'autre de 13 gr.

La plaie d'incision de l'abcès est presque complètement cicatrisée en Février 1939, mais il persiste une fistule communiquant avec le rectum.

2 autres séries de sulfamides n'entraînent pas d'amélioration sensible de la rectite : les pertes purulentes et sanglantes restent abondantes. Le rétrécissement est amélioré par la dilatation diathermique.

Dans cette dernière observation, la cicatrisation de la plaie d'incision de l'abcès a été très accélérée par le médicament; une fistule persiste néanmoins et la rectite conserve les mêmes caractères.

Chez certains sujets, sans amélioration objective, les troubles fonctionnels, surtout la suppuration, ont régressé sous l'influence des sulfamides, tandis que les traitements médicaux précédents n'avaient entraîné aucune modification.

OBSERVATION XXXI.

Mme Marie M., 37 ans.

Depuis 1938, pertes de sang par l'anus. Constipation qui tend à augmenter. Pertes de pus à partir de 1929 à l'occasion de faux besoins.

En Février 1930, anus iliaque, pour rétrécissement du rectum (Dr SICARD).

Amélioration à la suite de l'intervention, mais persistance de l'écoulement purulent par l'anus.

La malade présente également des hémorroïdes.

Jamais d'adénopathie inguinale, suppurée ou non.

Sodomie niée.

B. W. négatif.

Premier examen le 31 mars 1931 :

Rectoscopie : à 6 cm., le rectoscope est arrêté par une bride muqueuse mince, formant voile. Au-dessus, lésion de rectite.

Les pertes de pus et de sang persistent. Le rétrécissement s'accroît et le rectoscope de 10 mm. est arrêté à 7 cm.

Traitement :

3 séries de diathermie qui sont difficilement supportées;

Le Lugol per os entraîne de la diarrhée, ainsi que le Lugol intra-veineux; mais celui-ci est continué à hautes doses;

Lavements : bleu de méthylène, Ziehl, Lugol.

La réaction de Frei, qui avait été négative en 1932, est positive en Janvier 1935.

Dmelcos 0.

Examen du 14 décembre 1938 :

T. R. : douloureux.

Rectoscopie : Le rectoscope de 15 mm. est arrêté à 3 ou 4 cm. Le rétrécissement est très serré et saigne facilement au contact. Pus abondant.

Sécrétions purulentes par l'orifice de la colostomie.

Mise à l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

Une 1^{re} cure de 19 gr. 50 en 12 jours est bien supportée, à part quelques pesanteurs gastriques. Elle est suivie d'une diminution de la suppuration. La rectoscopie ne montre pas de modifications sensibles.

Après une 2^e cure, l'amélioration fonctionnelle persiste.

Le Frei est plus nettement positif.

Des lavements, avec le composé sulfamidé, entraînent une amélioration moins nette que les comprimés.

Le 24 juin 1939, il y a disparition totale du pus, malgré la suppression du traitement. Le rétrécissement, très serré (arrêt du rectoscope de 10 mm. à 5 cm.), va être traité par diathermie.

OBSERVATION LXXIV.

M. Kau..., 32 ans.

Depuis le mois de Février 1933, présence de pus et d'un peu de sang dans ses matières. Sensation de gêne anale. Petits ganglions inguinaux depuis 1930. Absès de la marge anale, opéré à Tenon en Mars 1933.

Syphilis datant de 3 ans — chancre de la verge en Juin 1930 — traitée régulièrement par novar et bismuth.

B. W. négatif en Mars 1933.

Blennorragie en 1931.

Sodomie avouée.

Premier examen le 5 avril 1933 :

2 condylômes au niveau de la commissure postérieure.

Rectoscopie : à 2 cm., papillite. Au-delà, jusqu'à 7 cm., rectite végétante plus étendue sur la face antérieure, avec une zone très végétante et ulcérée à 11 h. Pus abondant. Pas d rétrécissement.

Peu de modifications jusqu'en 1936. L'écoulement purulent varie d'abondance par période.

En 1936, arthrite du genou droit, avec hydarthrose apparue progressivement, ayant duré 3 semaines et rechute 15 jours après la sédation.

A cette époque, B. W. 0. Gono-réaction très faiblement positive.

Frei + + +.

Jusqu'en Juin 1939, plusieurs poussées d'hydarthrose du genou gauche. Le salicylate de soude n'a eu aucune action, tandis que le cyanure de mercure produit une sédation rapide de la douleur et du gonflement. Au cours des poussées d'hydarthrose, se produit une diminution très nette de l'écoulement purulent.

Le traitement de la rectite par le Lugol intra-veineux n'a entraîné aucune amélioration.

Avant l'administration de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, le T. R. ne révèle pas d'infiltration. La rectoscopie montre une muqueuse recouverte de pus liquide. A l'écouvillonnage, la muqueuse saigne en nappe; cet aspect

rappelle celui de la rectocolite purulente et hémorragique. Pas de rétrécissement.

Après une série de sulfamides per os, en juin 1939, il y a une diminution très nette de l'écoulement purulent rectal.

OBSERVATION CCXLIII.

M. Jean V..., 32 ans.

Début en 1932 par un abcès de la marge anale qui a été incisé. Depuis 1933, écoulement continu de pus et parfois de sang par l'anus. A eu 3 hémorragies assez abondantes en dehors des selles. Rarement constipé, diarrhée habituelle : 3 à 4 selles par jour, avec, fréquemment, des mucosités et des glaires. Epreintes, faux besoins, coliques. Fissure anale, traitée sans grand succès par électro-coagulation. Sodomie en 1921 et en 1922.

Chancre (?) en 1933. B. W. positif en octobre 1935.

Premier examen le 19 novembre 1935 : (envoyé par le Dr LEFÈVRE).

Pléiade ganglionnaire inguinale bilatérale.

T. R. : Infiltration du canal ano-rectal, linéaire et parquée, surtout en avant et en arrière.

Rectoscopie : Muqueuse érodée, avec petites végétations, saignant facilement. Le rectoscope de 20 mm. passe, mais l'ampoule rectale est d'un diamètre à peine supérieur.

Frei + Dmelcos 0.

Traitement par antimoine en injection.

Lavements au Ziehl et au bleu de méthylène.

Tendance sténosante de la rectite. Diathermie en avril 1936.

En janvier 1937 :

T. R. : Le doigt pénètre dans un entonnoir irrégulièrement infiltré, qui l'engaine très exactement. Au niveau du sphincter, existe une infiltration très nette.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm., qui était arrêté à 4 cm. avant le traitement diathermique, peut passer. La

muqueuse est érodée et couverte de pus. Les lésions s'étendent jusqu'à 9 cm. environ.

La sténose est large et occupe les 2/3 inférieurs de l'ampoule rectale.

Après : 1 série de Lugol mal supportée;

10 injections d'antimonio-thiomalate de lithium;

1 série de muthanol,

le malade est revu en janvier 1939.

Au T. R., les constatations sont les mêmes. Le rétrécissement paraît cependant un peu plus serré.

La rectoscope de 20 mm. est arrêté à 4 cm. par un rétrécissement très hémorragique. Le rectoscope de 15 mm. passe aisément. Ce rétrécissement s'étend jusqu'à 10 cm. Parois rectales couvertes de pus et très hémorragiques.

On commence l'administration d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

2 séries per os de 18 gr. chaque;

2 séries de 10 lavements de 1 gr. chaque.

Le traitement est bien supporté, en dehors d'une asthénie légère.

En avril 1939, les pertes de sang sont moins abondantes. Le T. R. et la rectoscopie ne montrent aucune amélioration notable, à part une diminution de la suppuration.

OBSERVATION CCLVII

Mme D..., 57 ans.

Le début semble remonter à 1914 par des pertes de pus et de sang et une adénopathie inguinale bilatérale. Constipation.

Ces phénomènes s'exagèrent progressivement et la constipation devient très opiniâtre.

Un anus iliaque est pratiqué en novembre 1929 (Dr CADE-NAT).

En décembre 1929, résection intra-sphinctérienne.

A la suite de l'intervention, diminution des pertes purulentes.

En 1934, radiothérapie profonde. Les pertes purulentes redeviennent très abondantes.

Sodomie niée.

Premier examen le 25 mars 1936 :

T. V. : On sent en arrière l'épaississement cylindrique du rectum.

T. R. : Le doigt s'engage dans un rétrécissement lisse, marqué surtout par une bride gauche cicatricielle.

Entre l'anus et la vulve, orifice d'un large trajet fistuleux en cul de poule, que l'on cathétérise à peine sur 1 mm.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 2 cm. par un rétrécissement serré, cicatriciel, mais saignant cependant au contact. Le rectoscope de 15 mm. passe sans difficulté et pénètre dans une ampoule rectale un peu rétrécie, jusqu'à 10 ou 12 cm. Ses parois sont érodées, légèrement épaissies, saignant facilement au contact. Pus peu abondant.

B. W. 0. Dmelcos —. Frei +.

Traitement :

1 série intra-veineuse de Lugol (20 injections; 250 cc.);

Diathermie;

Lavements.

Le 7 décembre 1938 :

T. R. : La première phalange de l'index s'engage assez facilement dans un rétrécissement cicatriciel.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. ne passe pas. Le rectoscope de 15 mm. est enfoncé facilement jusqu'à 15 cm. Au-dessus du rétrécissement, l'ampoule rectale est canaliculaire, rétrécie, tapissée de pus, saignant facilement au contact. Les lésions s'étendent jusqu'à 15 cm. environ.

Première série d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine de 11 gr.

Le 22 mars 1939 : 2^e série de 20 gr., bien supportée.

Elle est suivie d'une diminution des sécrétions purulentes.

Objectivement, pas de modification nette.

Le 7 juin 1939 : 1 série de 15 lavements de 1 gr. chaque.

Le 26 juin 1939 : la suppuration paraît diminuée.

Le 26 juillet 1939 : à la rectoscopie, même aspect, seulement un peu moins de pus.

OBSERVATION CCCII.

Mme Alice B..., 42 ans.

Malade soignée depuis 12 ans pour rétrécissement du rectum (il est très difficile d'obtenir des précisions sur le début de son affection).

Anus iliaque actuellement refermé. Radiothérapie depuis l'intervention.

Pertes continuelles de glaires et de pus par l'anüs.

A subi 4 séances de diathermie, sur les conseils d'un médecin.

Syphilis, traitée à St-Louis.

Premier examen le 9 décembre 1936 :

T. R. : L'index est arrêté par un rétrécissement fibreux, irrégulier, granuleux, en-dessous duquel le canal est infiltré et parsemé de végétations.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. pénètre jusqu'à 4 cm. Le rectoscope de 15 mm. est arrêté à 5 cm. L'orifice du rétrécissement, en forme de T, apparaît à gauche, sous une bride. Le rectoscope de 10 mm. passe facilement. A 2 ou 3 cm. au-dessus du rétrécissement, le diamètre de l'ampoule paraît normal.

Frei +. Dmelcos + +.

En Janvier 1939, les constatations sont les mêmes. Le rétrécissement s'est légèrement accentué.

Traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

1 cure de 18 gr. est prescrite. En raison de l'état nauséux que produit ce médicament, la malade réduit les prises quotidiennes à 3 comprimés :

1 série de 12 lavements;

1 série de dilatations diathermiques.

Le traitement par les sulfamides produit une diminution considérable de la suppuration.

Le 30 août 1939, le rectoscope de 20 mm. est arrêté. Le

rectoscope de 15 mm. passe facilement dans un rétrécissement fibreux cicatriciel. La muqueuse alentour est d'aspect normal.

OBSERVATION CCCVIII.

Mme Alice R..., 47 ans.

Apparition de diarrhée avec sang, en 1935.

Admise à l'hôpital St-Antoine, elle subit un traitement diathermique qui la soulage au début. La diarrhée cesse, mais bientôt une constipation opiniâtre s'installe, avec douleurs, dans la fosse iliaque droite.

La constipation persiste. Les selles sont liquides, jaune clair, avec de temps à autre du pus et du sang.

Pas de syphilis.

Premier examen le 20 janvier 1937 :

T. R. : Le doigt pénètre facilement dans un canal dont les parois présentent des végétations peu proéminentes, assez dures. A bout de doigt, on sent, sur la paroi antérieure, une végétation un peu plus saillante. A 5 cm. environ, existe un rétrécissement large laissant facilement passer le doigt. Le doigt revient propre, non souillé de sang.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 6 cm. 5. Le rectoscope de 15 mm. passe sans difficulté. La muqueuse est tomentueuse, saigne facilement. Il y a peu de pus. Les lésions s'étendent jusqu'à 9 cm.; au-dessus, ampoule rectale de volume normal, mais recouverte de pus.

Frei négatif.

Traitement :

Plusieurs séries de diathermie;

Lavements : bleu de méthylène, mercurochrome.

Les lésions s'étendent jusqu'à 15 ou 16 cm. Le rétrécissement s'accroît.

Anus iliaque, en Juillet 1938 (Dr DE GAUDART D'ALLAINES).

Les constatations rectoscopiques restent les mêmes. De plus, à 5 cm., existe un rétrécissement extrêmement serré, fibreux, qui saigne peu au contact et présente les carac-

tères de la cicatrisation lorsqu'on met la malade à l'α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine :

1 série de 11 gr., en Décembre 1938.

L'aspect n'est pas modifié; le rétrécissement est très propre, saigne peu au contact.

4 réactions de Frei, faites depuis le début, avaient été négatives. Un nouveau Frei, le 14 mars 1939, peut être considéré comme nettement positif.

1 série de 60 comprimés de benzyl-amino-phényl-sulfamide.

Ce dernier médicament ne semble pas avoir agi aussi favorablement que le précédent sur le rectum. Il a entraîné quelques troubles : pesanteurs gastriques, céphalées.

Persistence des selles diarrhéiques et des glaires.

En Mai 1939, nouvelle cure de 26 gr. d'α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine : son action est moins nette que celle de la première cure; persistance de glaires rectales.

Objectivement, pas de modification.

Lavements au Bleu de méthylène et au Ziehl.

Le 23 août 1939, pas d'amélioration objective : amélioration subjective minime.

OBSERVATION CCCXXXVI

Mme Lucienne D..., 38 ans.

A subi une hystérectomie totale, en Janvier 1938 (D^r BERGERET).

Depuis Juillet 1938, après une période fébrile, avec asthénie et constatation d'une adénopathie inguinale bilatérale, apparaissent des troubles de la défécation : sang rouge enrobant les matières et écoulements liquides survenant au moment des selles. Légère constipation.

La sédation des troubles généraux et la disparition des adénopathies se produisent spontanément en un mois; mais les troubles rectaux et les émissions de glaires sanguinolentes persistent.

Premier examen, le 22 mars 1939 :

T. R. : On sent, jusqu'à bout de doigt, des végétations granuleuses enchâssées dans la muqueuse, que l'on mobilise avec cette dernière, surtout sur la face antérieure gauche du rectum.

Rectoscopie : Les végétations apparaissent sous la forme de masses globuleuses soulevant la muqueuse. Elles se montrent très friables sous la pince de Brunigs et donnent tout à fait l'impression de végétations néoplasiques.

Biopsie : granulôme inflammatoire polymorphe, assez nécrotique, sous une muqueuse glandulaire normale.

Frei + Dmelcos 0.

Traitement par l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine per os :

1 série de 20 gr. semble produire une amélioration fonctionnelle.

Le 3 mai 1939 :

Rectoscopie : même aspect que précédemment.

Chez le malade de l'Obs. XXXI, la disparition complète des écoulements purulents s'est produite après cessation du traitement sulfamidé, qui avait consisté en 2 séries per os et 1 série de lavements (les lavements se sont montrés moins efficaces que les comprimés).

Dans l'Obs. LXXIV, une seule série de sulfamides per os a entraîné une diminution importante de l'écoulement purulent.

Il en est de même dans l'Obs. CCCII. Les cures ultérieures n'ont d'ailleurs pas augmenté sensiblement l'amélioration fonctionnelle.

Quant à la malade de l'Obs. CCCXXXV, après une amélioration fonctionnelle rapide, les pertes puru-

lentes sont redevenues abondantes dès la suppression des sulfamides.

OBSERVATION CCCXXXV.

Mme Germaine P..., 24 ans.

La malade est hospitalisée à Necker, en janvier 1939, pour une polyarthrite fébrile, semblant d'origine rhumatismale. C'est la quatrième crise depuis 2 ans. Ces crises ne réagissent pour ainsi dire pas à la médication salicylée. En même temps que la première poussée de polyarthrite, en 1937, apparaissaient des pertes rectales glaireuses et purulentes, jaunâtres, fétides, qui persistent depuis cette époque.

Examen du 25 janvier 1939 :

T. R. : très douloureux. L'index pénètre dans un rétrécissement situé près de l'anus. La muqueuse sous-jacente présente des végétations hypertrophiques.

Rectoscopie : Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 3 cm. par un rétrécissement au niveau duquel le spasme joue manifestement un rôle. Ce rétrécissement est de tendance cylindrique. La muqueuse est couverte de pus et saigne surtout très facilement au contact.

Frei + Dmelcos 0 B. W. 0.

Après un traitement salicylé très court, 6 gr. par jour pendant 3 jours, on donne de l' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, 18 gr. en 10 jours (bien supporté).

Immédiatement après le traitement, il y a diminution du pus.

On institue ensuite une cure de Lugol, en injections intra-veineuses (il survient quelques manifestations d'intolérance).

Les pertes purulentes avaient augmenté quelques jours après la suppression de la thérapeutique sulfamidée.

Dans les 22 observations déjà vues, si l'action des

sulfamides a été parfois très importante, elle n'a, dans d'autres cas, entraîné qu'une amélioration fonctionnelle minime, ou même passagère. Mais, 2 malades seulement, sur les 24 qui ont été régulièrement suivis, n'ont absolument pas réagi à l'administration des sulfamides.

OBSERVATION CXL.

Mme Henriette S..., 35 ans.

Intervention pour hémorroïdes, en 1928. 2 mois après l'intervention, pertes de pus, pour la première fois, et pertes de sang au moment des selles. Apparition de constipation.

A cette époque, adénopathie inguinale droite suppurée ayant évolué spontanément vers la guérison en 1 mois 1/2.

Depuis, augmentation des pertes purulentes et sanglantes. Constipation intense.

Sodomie niée.

Dmelcos 0. Frei +.

Premier examen en 1932 :

Rectite végétante s'étendant jusqu'à 3 cm. Le rectoscope de 15 mm. passe à frottement dur. Petits polypes. Peu de pus. Un peu de sang. Ampoule sus-jacente normale.

Traitement :

Dilatation diathermique : 4 séries;

Lavements au sunoxol;

Salicylate de soude : 1 série de 2 gr. par jour;

Antimonio-thiomalate de lithium : 1 série intra-musculaire;

Lugol : 2 séries per os.

Ce traitement est appliqué de 1931 au début de 1939. Il ne produit aucune amélioration; les lésions semblent simplement peu évolutives. Le rétrécissement s'est accentué. Le rectoscope de 15 mm. ne passe plus.

A partir de Mars 1939 :

1 série de 20 gr. d'α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine;

1 série de diathermie.

Aucune modification. La rectoscopie montre les mêmes lésions. Le rétrécissement est simplement un peu moins serré à la suite de la dilatation.

OBSERVATION CXCVII.

M. Albert S..., 30 ans.

En 1924, apparition d'écoulements muqueux et glaireux très abondants par l'anus. Sang, au moment des selles, avec douleurs très vives.

Un rétrécissement rectal, constaté par le Dr BENSAUDE, est traité par diathermie, lavements au bleu de méthylène et au Ziehl. Ce traitement, appliqué pendant 2 ans, entraîne la disparition du pus et du sang dans les selles.

Sodomie datant de 1924.

En 1928, découverte d'une tuberculose pulmonaire. Création d'un pneumothorax gauche. Disparition assez rapide des bacilles de l'expectoration.

Depuis 1933, reprise des manifestations rectales : épreintes douloureuses; selles pénibles, avec sang, glaires et pus très abondant.

Adénopathie inguinale minime.

Premier examen en Septembre 1934 :

T. R. : Ampoule normale.

Rectoscopie : Bourrelet, hémorroïdaire interne. Aucune lésion jusqu'à 11 cm. A ce niveau, sur la face latérale gauche, ulcération de 2 à 3 cm. de large et de 6 à 7 cm. de haut, souple, à bords nets, à fond blanchâtre et granuleux, saignant très facilement. Pratiquement, pas de sténose.

Frei +. Dmelcos 0.

Traitement :

Lavements : au Ziehl (plusieurs séries);
à l'huile de Flétan.

Allochrysine.

En 1937, on ne retrouve plus l'ulcération antérieurement constatée. A ce niveau, la muqueuse est cicatricielle et la lumière rétrécie par une bride.

Un abcès bilatéral de la marge anale se produit; il s'ouvre spontanément dans l'anus.

En 1938, après une colostomie (D^r D'ALLAINES), on constate une accentuation du rétrécissement, devenu très douloureux, et, la sténose semble être en rapport avec une infiltration des fosses ischio-rectales.

Jusqu'en Novembre 1938 :

Lavements au bleu de méthylène et au mercurochrome;

1 série de 15 injections d'antimonio-thiomalade de lithium.

Une amélioration nette de la rectite se produit. La muqueuse est propre, ne saigne pas au contact, n'est pas enduite de pus. On a très nettement l'impression d'un rétrécissement périrectal.

En Novembre 1938 :

1^{re} série d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine per os, de 12 gr. 50 en 7 jours;

En Mars 1939 :

2^e série de sulfamides, de 20 gr. en 11 jours, qui entraîne de la céphalée, des pesanteurs digestives et de l'anorexie.

Il y a une diminution des douleurs ano-rectales et intestinales, mais les constatations objectives restent sans changement.

Il est à souligner que, dans le cas de l'Obs. CXCVII, un traitement par Ziehl et huile de Flétan en lavements avait provoqué la cicatrisation d'une ulcération. Les lésions rectales, améliorées ensuite par l'antimoine, les lavements au bleu de méthylène et au mercurochrome, restent non modifiées par les sulfamides; celles-ci se sont montrées sans effet sur la péri-rectite qui semble cause du rétrécissement.

ETUDE DES RESULTATS OBTENUS AVEC LES SULFAMIDES EN RAISON DU MODE D'ADMINISTRATION

Telles sont les observations qui permettent de juger, dans chaque cas particulier, de l'action des sulfamides.

Nous verrons plus loin la comparaison qui s'établit entre les résultats obtenus par les dérivés sulfamidés et par les autres traitements de cette affection ano-rectale. Cette comparaison pourra d'autant mieux montrer la supériorité de ces nouveaux-venus dans la chimiothérapie que presque tous les malades avaient été soumis, depuis plusieurs années, aux traitements classiques.

Il faut d'abord préciser l'effet obtenu en raison des doses et de la voie d'introduction des sulfamides.

Les doses, par série, ont varié de 15 à 25 gr., aussi bien per os qu'en lavements; la dose de 20 gr. a été rarement dépassée.

Les doses maxima journalières ont été de 3 gr. par fois, mais en général, de 2 gr. seulement. La cure se faisant en 7 ou 11 jours à doses décroissantes : 3 gr., 2 gr., puis 1 gr. ou 2 gr. et ensuite 1 gr. 50.

Le plus souvent, dès la première série, une amélioration est notée par le malade, sous forme de diminution des écoulements purulents.

Les améliorations objectives sont constatées, lorsqu'elles se produisent, après la deuxième ou la troisième série.

Mais, la rapidité d'action du médicament est variable. Chez certains malades, la modification des symptômes n'apparaît qu'après la deuxième série, pour ensuite se manifester franchement.

L'action varie-t-elle suivant la voie d'introduction ? L'administration, per os ou en lavements, donne fréquemment des résultats comparables. Dans quelques cas, cependant, le mode d'introduction semble jouer un rôle.

Les sulfamides se sont montrées plus efficaces en lavements :

Dans 1 des 4 cas où la guérison peut être considérée comme obtenue (Obs. CLXIV);

Chez 3 des 10 malades améliorés, à la fois aux points de vue objectif et fonctionnel (Obs. CCCXXIX, CXCIX et CXXXIX); dans ces cas, les lavements ont plutôt consolidé l'action première de l'ingestion;

L' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine s'est montré nettement plus actif per os qu'en lavements chez les malades des Obs. XXXI et CCCVIII.

En outre, il a fallu parfois substituer les lavements aux comprimés, par suite de l'intolérance du médicament par voie digestive.

Il est donc difficile de s'en tenir à un mode d'administration plutôt qu'à un autre, la voie d'introduction dépendant surtout de la tolérance du sujet et de l'effet constaté.

COMPARAISON DE L'EFFICACITE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS

Un problème doit être discuté dans le cadre de l'action thérapeutique : c'est la comparaison de l'activité des sulfamides avec celle des autres agents chimiques qui, jusqu'à présent, étaient utilisés dans le traitement des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, les résultats que l'on pouvait attendre de l'emploi des médicaments autres que les sulfamides.

Il est intéressant, malgré le nombre réduit des cas, de confronter, chez les malades dont les observations sont exposées plus haut, l'efficacité des divers traitements employés.

Sur ces 24 malades, 18 étaient soignés, déjà avant novembre 1938, depuis plus ou moins longtemps :

Par l'antimoine : en injections intra-musculaires ou intra-veineuses;

Par le Lugol : en ingestions, en injections, en lavements;

Par le salicylate de soude : en injections et per os;

Par l'antigène intra-veineux, dans 2 cas;

Et par les lavements antiseptiques divers.

L'un des malades (Obs. CXC VII), très amélioré par

l'antimoine (disparition d'une ulcération; tendance cicatricielle des lésions muqueuses), a vu cependant un abcès bilatéral de la marge anale se constituer et évoluer, et la sténose progresser. L' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, employé ensuite, s'est montré totalement inopérant.

L'autre cas d'échec total des sulfamides (Obs. CXL) n'avait que très peu bénéficié des médications iodées et stibiées; les lésions avaient présenté simplement un caractère moins évolutif.

Dans l'Obs. CLX, une amélioration fonctionnelle et la réduction d'un condylôme semblent imputables au Lugol, tandis que les sulfamides n'ont pas eu d'action importante.

Sur le malade de l'Obs. CX, aucune thérapeutique n'a agi avec évidence. Une amélioration, générale et locale, due à la solution de Lugol, n'a pas été accentuée par les sulfamides. Ces dernières n'ont produit d'effet favorable que sur la plaie d'incision d'un abcès de la marge anale.

Dans l'Obs. CXLV, on note une amélioration importante par tous les traitements. Le salicylate de soude intra-veineux et le Lugol en lavements entraînent une amélioration notable, avec cicatrisation d'une ulcération, mais elle est de courte durée. Le malade, resté ensuite sans se faire traiter pendant longtemps, est mis aux sulfamides. Celles-ci accroissent l'amélioration que l'antimoine avait déjà favorisée.

Un des meilleurs résultats donnés par l' α (p. amino-

benzène-sulfamido) pyridine s'est produit chez un sujet (Obs. CLXIV) qui n'avait éprouvé qu'une réduction légère des troubles fonctionnels par le Lugol, l'antimoine et l'antigène.

Il en est de même dans l'Obs. CXXXIX. L'action des sulfamides n'a cependant pas été aussi importante que chez le malade précédent.

Dans tous les autres cas, les traitements institués avant les sulfamides étaient restés sans efficacité, ou avaient entraîné, tout au plus, une stabilisation des lésions ano-rectales.

Donc, sur les 18 malades suivis depuis plusieurs années, 8 ont éprouvé une amélioration de valeur variable, parmi lesquels il n'y eut que 3 résultats notables, à la fois aux points de vue objectif et fonctionnel.

Une statistique concernant les résultats obtenus par les différents moyens thérapeutiques médicaux, chez les malades observés, mettra en évidence l'activité des composés sulfamidés.

1° Avec les médicaments autres que les sulfamides :

Sur 18 malades :

8 ont éprouvé une amélioration plus ou moins importante : soit 44,4 %.

Sur ces 8 malades, il n'y a eu que 3 améliorations à la fois fonctionnelles et objectives : soit 16,6 %. Aucune amélioration très nette n'a été observée.

2° Avec les sulfamides :

Sur 24 malades :

18 ont été améliorés à un degré variable : soit 75 %, parmi lesquels 4 peuvent être considérés comme guéris : soit 16,6 %.

et 7 autres ont été améliorés tant fonctionnellement qu'objectivement : soit 29,1 %.

Ainsi, dans les manifestations rectales de la maladie de Nicolas-Favre, comme dans d'autres affections, les sulfamides se révèlent un moyen thérapeutique qui semble nettement plus efficace que ceux employés auparavant.

INCIDENTS OBSERVÉS AU COURS DU TRAITEMENT PAR LES SULFAMIDES

Modifications de la formule sanguine.

Nous ne décrivons pas tous les incidents qui peuvent être observés au cours du traitement par les composés sulfamidés. Nous considérerons seulement ceux qui sont survenus chez les malades dont les observations précèdent, en insistant principalement sur les modifications de la formule sanguine.

Aux doses moyennes, indiquées plus haut, les sulfamides n'ont entraîné, chez les 24 malades considérés, que de petits incidents : asthénie, céphalée, vertiges, pesanteur gastrique, anorexie, nausées. Il n'y a jamais eu de cyanose, ni de purpura.

6 malades ont présenté ces troubles après ingestion d' α (p. amino-benzène-sulfamido) pyridine, quelquefois dès le début.

La réduction à 1 gr. 50 de la dose maximum quotidienne, (en faisant prendre en même temps du bicarbonate de soude), ou bien le remplacement de la voie orale par la voie rectale, ont permis de continuer le traitement.

Ces incidents, moins fréquents et moins importants que les phénomènes d'intolérance au Lugol et à l'an-

timoine, ne doivent pas entrer en ligne de compte pour interrompre la thérapeutique sulfamidée. Ils doivent seulement la faire modifier, soit dans ses doses, soit dans son mode d'administration.

Par contre, l'étude systématique de la formule sanguine au cours du traitement a montré des modifications de l'hémogramme qui peuvent indiquer la nécessité de la suppression des sulfamides, tout au moins de façon momentanée.

L'examen de la formule sanguine n'a pu être répété que chez 15 des 24 malades. 4 autres n'ont subi qu'un seul examen; leurs formules manquent donc d'intérêt, puisqu'il n'existe pas de point de comparaison.

Dans la maladie de Nicolas-Favre : « Le nombre des globules rouges reste à peu près normal, mais le pourcentage morphologique des globules blancs est perturbé. Il existe une légère leucocytose de 10 à 15.000, avec prépondérance des moyens et grands mononucléaires par rapport aux polynucléaires. L'éosinophilie n'est pas fréquente et reste très légère. En outre, alors que normalement un tiers seulement des mononucléaires présente des granulations azurophiles, il est au contraire fréquent chez ces malades de les constater dans la plupart des moyens et des grands mononucléaires.

C'est en somme une formule banale d'infection subaiguë » ¹

(1) RACHET, Archives de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital St-Louis, Juin 1933.

Cette formule a été assez rarement observée dans les cas qui nous occupent. Le plus souvent, l'hyperleucocytose est peu marquée, se maintenant au voisinage de 8 à 9.000; la leucopénie est notée dans un certain nombre de cas. Le pourcentage des mononucléaires est presque toujours augmenté.

Voici les formules sanguines des 15 malades.

Il ne s'est pour ainsi dire pas produit de modification de l'hémogramme au cours du traitement sulfamidé chez 2 malades (Obs. CLXVIII et CCXXI).

OBS. CLXVIII.

	Le 3 mai 1939 : 12 jours après la 1 ^{re} cure de sulfamides :	Le 28 juillet 1939 : Quelques jours après la 2 ^e série de 20 gr. :
Hémoglobines	100 %	85 %
Hématies	4.960.000	4.300.000
Globules blancs	6.000	6.100
Poly-neutro.	58	62
Poly-éosino.	1	5
Lympho.	25	21
Moyens mono.	16	10
Grands mono.		
Métamyélocytes	0	2

OBS. CCXXI.

	Le 12 mai 1939	Le 3 juin 1939	Le 14 juin 1939
Après : 2 cures per os :	Pas de nou-	Pas de nou-	Pas de nouvelle
l'une de 18 gr. en nov.	velle cure.		cure.
1938, l'autre de 15 gr. en			Après hépatrol :
mars 1939. 1 série de 10			
lavements en avril 39 :			
Hémoglobine	70 %	80 %	80 %
Globules rouges	3.050.000	3.560.000	3.610.000
Globules blancs	4.800	4.800	5.000
Poly-neutro	53	44	53
Poly-éosino	6	2	6
Poly-baso	1		
Moyens mono	26	31	29
Grands mono	1	1	
Lympho	11	20	9
Transitions	2	2	3

Chez un autre malade, le traitement a eu une action légèrement anémiante et a produit le retour à la normale de la formule blanche.

OBS. CXL.

	Le 14 juin 1939 :	Le 30 juin 1939 :
Après 1 série de	Après une nou-	
sulfamides de	velle série de	
20 gr. en Avril	20 gr. :	
1939 :		
Hémoglobine	80 %	60 %
Globules rouges ...	3.440.000	2.990.000
Globules blancs ...	13.600	6.400
Poly-neutro.	58	66
Poly-éosino.	7	2
Poly-baso.		
Moyens mono.	20	12
Grands mono.		
Lympho.	10	19
Transitions	5	1

Dans l'Obs. CLX, une augmentation faible des hématies s'est accompagnée de variations assez notables du nombre des globules blancs, avec accentuation de la neutropénie. Une hyperleucocytose initiale s'abaisse dès le début de l'administration des sulfamides, puis augmente sensiblement après la fin du traitement. Elle devient normale après l'incision d'un abcès de la marge anale.

OBS. CLX.

	7/5/1939 :	11/6/1939 :	21/6/1939 :	3/7/1939 :
	Avant traitement :	Au 5 ^e jour de la 1 ^{re} série de sulfamides :	3 j. après la fin de la série :	7 j. après incision d'un abcès de la marge anale :
Hémoglobine	80 %	80 %	80 %	
Globules rouges	3.875.000	4.123.000	4.216.000	4.520.000
Globules blancs	14.880	9.300	17.360	6.400
Poly-neutro	60	61	63,5	48
Poly-éosino	1	1	1,5	4
Poly-baso				
Moyens mono	3	1	3	29
Grands mono				
Lympho	36	37	32	19

Evolution de la suppuration périnéale.

L'Obs. CCCXXIX montre, avec une tendance à l'anémie, une leucocytose qui varie peu et une augmentation à 74 % des polynucléaires neutrophiles. Cette modification s'est produite surtout après la dernière série de sulfamides.

OBS. CCCXXIX.

	14 juin 1939 :	4/7/1939 :	5/9/1939 :	18/9/1939 :
	Après : 2 séries de sulfamides per os 718 gr. en déc. 1938; 18 gr. en mars 1939; 15 lave- ments en avril 1939 :	Après une série de 20 gr. en juin 39 :	Avant une nouvelle série :	Après une série de 20 grammes :
Hémoglobine	90 %	85 %	80 %	90 %
Globules rouges ...	5.040.000	4.660.000	4.890.000	3.980.000
Globules blancs ...	5.600	3.400	4.800	4.800
Poly-neutro	58	55	62	74
Poly-éosino			1	1
Poly-baso				
Moyens mono	26	20	16	26
Grands mono		1		
Lympho	9	21	18	9
Transitions	7	3	3	

Dans l'Obs. CXCIX, la leucopénie s'accompagne, par contre d'une élévation du nombre des polynucléaires neutrophiles.

	Le 6 juin 1939 :	Le 22 juin 1939 :
	Après 20 gr. de sulfamides per os :	Après une série de lavements :
Hémoglobine	90 %	85 %
Globules rouges ...	4.440.000	4.680.000
Globules blancs ...	8.000	4.000
Poly-neutro.	69	76
Poly-éosino.	3	2
Poly-baso.	1	1
Moyens mono.	17	7
Grands mono.		
Lympho.	6	11
Transitions	4	3

Chez le malade de l'*Obs. LXXIV*, le traitement produit une variation importante du nombre des leucocytes, avec une leucopénie qui se manifeste 1 mois $\frac{1}{2}$ après la cessation du traitement, tandis que les polynucléaires neutrophiles ne varient pour ainsi dire pas. La leucopénie se répare ensuite rapidement.

OBS. LXXIV.

	13/6/1939 :	26/6/1939 :	7/8/1939 :	24/8/1939 :
	Avant sulfa- mides :	Après 20 gr. de sulfami- des per os :	Pas de nou- velle cure	Après hépar- mine :
Hémoglobine	90 %	90 %	95 %	95 %
Globules rouges	4.020.000	4.340.000	4.650.000	4.800.000
Globules blancs	7.800	4.800	1.800	7.000
Poly-neutro	56	58	55	63
Poly-éosino	5	6	3	1
Poly-baso		1		
Moyens mono	24	16	15	36
Grands mono		1		
Lympho	13	14	15	6
Transitions	2	4	2	

Dans l'*Obs. CLXIV*, le nombre de leucocytes augmente après chaque série. Une diminution survient après cessation du traitement, tandis qu'au cours de celui-ci le pourcentage des polynucléaires neutrophiles s'abaisse pour se relever après son arrêt.

	27 juin 1936 :	28/1/1939 :	12/4/1939 :	16/5/1939 :	6/6/1939 :
	4 jours après 12 injections I. V. d'anti- gène :	4 j. après 20 gr. de sulfamides :	Après 20 gr. et 10 lave- ments :	Avant une nouvelle série :	Avant une nouvelle série :
Hémoglobine ..	100 %	95 %	90 %	90 %	90 %
Globules rouges.	4.940.000	4.940.000	4.700.000	4.720.000	4.480.000
Globules blancs.	4.800	6.200	7.800	7.200	5.200
Poly-neutro. ..	51	49	38	50	52
Poly-éosino. ...	2	2	2	1	1
Poly-baso.					
Moyens mono. .	13	16	23	24	19
Grands mono. .					
Lympho.	33	33	36	25	28
Transitions ...					
Myélocytes	1		2		

Presque tous les autres malades ont présenté des modifications assez caractéristiques : leucopénie avec neutropénie; peu ou pas d'anémie.

Ces modifications sont survenues, aussi bien après les lavements qu'à la suite d'absorption buccale.

Parmi ces cas, il faut distinguer plusieurs degrés.

Dans l'*Obs. CCLVII*, la formule, normale après 2 séries per os, s'est altérée à la suite de lavements (3.600 leucocytes, 46 % de polynucléaires neutrophiles). La leucopénie persistait 10 jours après la cessation du traitement; la neutropénie s'était réparée spontanément.

6 mai 1939 : 23 juin 1939 : 3 juillet 1939 :
Après 2 séries per os de sulfamides : 11 gr. en déc. 1938, 20 gr. en avril 39 :
Après 15 lavements de velle cure : 1 gr :
Pas de nouvelle cure :

Hémoglobine	80 %	80 %	85 %
Globules rouges	3.520.000	3.620.000	3.610.000
Globules blancs	5.600	3.600	3.400
Poly-neutro	68	46	60
Poly-éosino		3	4
Poly-baso			1
Moyens mono	18	12	27
Grands mono		3	
Lympho	12	36	6
Transitions	2		2

Dans l'Obs. CCCXXXVI, la première numération, faite 2 mois après la série initiale de sulfamides, a montré 4.200 globules blancs et 34 % de polynucléaires neutrophiles, sans anémie importante. Puis, les granulocytes sont revenus en 15 jours au taux de 52 % pour retomber, en dépit d'un traitement par les nucléotides et le campolon, à 45 %, puis à 35 %. En même temps, la leucopénie atteignait 3.000 et l'anémie apparaissait.

OBS. CCCXXXVI.

8 mai 1939 : 22-mai 1939 : 6 juin 1939 : 8 août 1939 :
Après une cure de 20 gr. :
Après 2 séries per os de sulfamides : 11 gr. en déc. 1938, 20 gr. en avril 39 :
Après 15 lavements de velle cure : 1 gr :
Pas de nouvelle cure :
Après nucléotides :
Après ex-trait de foie injectable :

Hémoglobine	95 %	90 %	80 %	75 %
Globules rouges .	4.750.000	4.610.000	3.310.000	3.310.000
Globules blancs .	4.200	4.000	3.800	3.000
Poly-neutro.	34	52	45	35
Poly-éosino.	3	7	3	5
Poly-baso.			1	
Moyens mono. ..	55	22	35	54
Grands mono. ...				
Lympho.	5	14	14	5
Transitions	3	5	2	1

Chez le malade de l'Observation suivante, la leucopénie, avec neutropénie, ne s'est manifestée que 2 mois après la 2^e série de sulfamides. La formule s'était montrée normale, immédiatement après cette série.

OBS. CCCVIII.

	Le 5 juillet 1939 :	Le 23 août 1939 :
	Après : 2 séries d' α (p. amino-benzène- sulfamido), pyri- dine : 11 gr. en Décembre 1938; 26 gr. en Mai 1939 et 26 gr. de ben- zyl-amino-phényl- sulfamide :	Après une série de lavements d' α (p. amino-ben- zène-sulfamido) pyridine :
Hémoglobine	85 %	85 %
Globules rouges ...	3.980.000	4.850.000
Globules blancs ...	8.800	4.200
Poly-neutro.	68	41
Poly-éosino.	1	
Poly-baso.		
Moyens mono.	22	41
Grands mono.		
Lympho.	8	8
Transitions	1	2
Myélocytes		1

Dans 4 autres cas, la leucopénie et la neutropénie se sont produites de façon assez discrète (*Obs. VII, CXXXIX, CXCVII et CCII*).

OBS. VII.

5 mai 1939 : 22 mai 1939 : 12 juin 1939 : 26 juin 1939 :
Après 20 gr. Pas de nou- Après 12 gr. 5 Après nucléo-
d'α (p. amino- velle cure : de benzyl- tides (mal
benzène-sulfa- amino-phényl- supportées) :
mido) pyridine : sulfamide :

Hémoglobine ..	85 %	85 %	80 %	80 %
Globules rouges.	4.010.000	3.550.000	3.240.000	3.600.000
Globules blancs.	5.800	8.000	4.800	5.200
Poly-neutro. ..	50	63	50	52
Poly-éosino. ...	1	1	3	4
Poly-baso.				2
Moyens mono. .	37	20	16	17
Grands mono. .				4
Lympho.	9	16	30	12
Transitions ...	3		1	9

OBS. CXXXIX.

Le 5 juillet 1939 : Le 17 juillet 1939 :
Après 2 cures per Après une nouvelle
os de 18 gr. et cure de 18 gr. du
1 série de lave- même produit :
ments d'α (p.
amino-benzène-
sulfamido) pyri-
dine :

Hémoglobine	90 %	85 %
Globules rouges ..	4.010.000	3.890.000
Globules blancs ..	7.400	4.800
Poly-neutro.	51	46
Poly-éosino.	1	3
Poly-baso.		
Moyens mono. ...	24	26
Grands mono. ...		
Lympho.	21	23
Transitions	3	3

OBS. CXC VII.

Le 24 juillet 1939 :	Le 23 août 1939 :
Après 2 séries de	Après une nou-
sulfamides per os :	velle série de
12 gr. 50 en Jan-	20 gr. :
vier 1939, 20 gr.	
en Mars 1939 :	

Hémoglobine	90 %	100 %
Globules rouges ...	4.860.000	4.650.000
Globules blancs ...	7.200	5.800
Poly-neutro.	88	60
Poly-éosino.		6
Poly-baso.		
Moyens mono.	10	21
Grands mono.		
Lympho.	2	13
Transitions		

OBS. CCII.

7 juin 1939 :	21 juin 1939 :	24 août 1939 :
Après : 1 série de 18 gr.	Pas de nou-	Après une nou-
per os et 10 lavements	velle cure :	velle série de
d'α (p. amino-benzène-sul-		18 gr. d'α (p.
famido) pyridine en jan-		amino-benzène-
vier 39; 1 série de 13		sulfamido) py
gr. de benzyl-amino-phé-		ridine :
nyl-sulfamide :		

Hémoglobine	85 %	80 %	85 %
Globules rouges	3.890.000	3.400.000	3.820.000
Globules blancs	9.000	6.000	4.800
Poly-neutro	54	66	46
Poly-éosino	6	7	9
Poly-baso	1		
Moyens mono	26	5	11
Grands mono			
Lympho	11	17	34
Transitions	2	5	

Le recul manque pour préciser si ces modifications sanguines sont passagères ou durables.

Quoiqu'il en soit, ces perturbations de l'hémo-gramme, qui s'accompagnent d'un minimum de symptômes, doivent inciter à la prudence dans l'emploi des sulfamides.

Il ne s'agit pas de prescrire systématiquement de faibles doses du produit; celles-ci risqueraient de ne donner que des résultats rarement intéressants; mais il est nécessaire de suivre la formule sanguine au cours du traitement pour réduire la dose quotidienne, en cas de tendance leucopénique et agranulocytaire légère et suspendre l'administration pour un temps plus ou moins long, si ces tendances sont nettes. C'est par l'observation des hémogrammes que pourra être décidée la reprise de la même thérapeutique.

En tenant compte de ces précautions, le traitement par les dérivés sulfamidés n'exposera qu'à des incidents bénins, réserve faite, bien entendu, des cas d'intolérance individuelle.

CONCLUSIONS

1°) La solution iodo-iodurée de Lugol et les composés stibiés ont une activité certaine sur les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre.

Cette activité est cependant assez réduite et les cas de guérison enregistrés restent exceptionnels.

2°) Les sulfamides, appliquées à ces manifestations de la lymphogranulomatose bénigne, semblent donner des résultats nettement meilleurs.

a) Les améliorations sont plus nombreuses, plus rapides et plus complètes qu'avec les médicaments employés antérieurement.

b) La guérison semble pouvoir être obtenue dans un nombre appréciable de cas.

3°) Les sulfamides doivent être utilisées avec prudence. Pour la conduite du traitement, il faut tenir compte des modifications de la formule sanguine.

En effet, même aux doses moyennes, ce médicament a une action leucopénique et agranulocytaire qui pourrait être sérieuse, si elle n'était pas découverte à temps.

4°) En dehors des modifications sanguines, les incidents dûs aux sulfamides sont bénins et ne contre-indiquent pas cette thérapeutique qu'il faut cependant employer avec les réserves de prudence toujours nécessaires.

Vu : Le Président de Thèse,

A. LEMIERRE.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENSAUDE (R.) et LAMBLING (A.). — Considérations sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement des rectites pré-sténosantes et des rétrécissements inflammatoires du rectum. *Compte rendu du 43^e Congrès Français de Chirurgie*, 1934.
- DUREL, LINGLIN, DEMAZES (E.). — Maladie de Nicolas-Favre rapidement influencée par le 693. *Société de Dermato-Syphiligraphie*, Février 1939.
- FOURNEAU (E.). — Introduction à la chimiothérapie antibactérienne par les dérivés organiques du soufre. *Annales Médico-Chirurgicales*, Tome III, n° 3, Mars 1938.
- LAMBLING (A.) et Mlle CORRE. — Le traitement médico-chirurgical des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} mars 1939.
- LEVADITI. — Chimiothérapie de la lymphogranulomatose inguinale expérimentale. *C. R. Société de Biologie*, séance du 14 avril 1938.
- Chimiothérapie de la maladie de Nicolas-Favre expérimentale. *C. R. Société de Biologie*, séance du 2 juillet 1938.
- MARTIN (R.) et DELAUNAY (A.). — Incidents et accidents de la thérapeutique par les dérivés organiques du soufre. *Annales Médico-Chirurgicales*, Mars 1938.
- RACHET. — *Archives de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital St-Louis*, Juin 1933.
- RAVAUT. — *Compte-rendu du 43^e Congrès Français de Chirurgie*, 1934.

SÉZARY (A.). et WALTHER (R.). — Traitement de la rectite lympho-granulomateuse par les dérivés de la sulfamide. *Bull. Soc. Dermatologie et Syphiligraphie*, Novembre 1938, séance du 10 novembre 1938.

WEISSENBAACH (R.-J.), BOCAGE (A.) et TERMINE (P.). — Essai de traitement de la maladie de Nicolas et Favre par le p. amino-phényl-sulfamide. *Bul. Société Dermatologie et Syphiligraphie*, Novembre 1938, n° 8.

